

Le vieillissement en Belgique: données démographiques et implications économiques¹

Françoise Lannoy*, Barbara Lipszyc**

Résumé

Lorsqu'on tente d'appréhender les effets du vieillissement de la population sur divers domaines économiques, il peut être instructif de commencer par observer l'évolution des données et indicateurs démographiques eux-mêmes. Nous nous sommes donc intéressées successivement à la fécondité, aux migrations et à la mortalité; ceci afin de mettre en évidence l'importance des hypothèses retenues dans les projections de ratios de dépendance. Il apparaît qu'il faudrait une hausse radicale (et irréaliste) de la fécondité ou de l'immigration pour limiter la croissance attendue du rapport de dépendance. Les hypothèses de mortalité ont en revanche un impact plus marqué sur ce ratio, dans la mesure où les gains attendus d'espérance de vie toucheront en particulier les âgés (60 ans et plus). Cet allongement de l'espérance de vie est accompagné par une baisse de l'âge effectif à la retraite; soit une augmentation de la durée moyenne de retraite, dont bénéficieront des groupes d'âge de plus en plus nombreux. Par ailleurs, l'évolution de l'état de santé des âgés, et des plus âgés, peut avoir de multiples implications en termes de dépenses de santé directes, mais aussi de perte d'autonomie et de prise en charge de la dépendance.

¹ Les auteurs remercient P. Pestieau pour ses précieux conseils, ainsi que P. Liégeois et E. Ooghe.

* Groupe de Recherche Economique et Sociale de la Population (GRES-P), Université de Liège.

** Aspirant FNRS, Centre de Recherches en Economie Publique et en Economie de la Population (CREPP), Université de Liège; Barbara.Lipszyc@ulg.ac.be.

1. Introduction

Au cours des prochaines décennies, la plupart des pays industrialisés auront une population plus petite et plus âgée (United Nations, 2000). Cette évolution est la conséquence, d'une part, du recul net de la fécondité depuis le milieu des années 1960 qui n'assure plus le remplacement des générations et d'autre part, d'une hausse régulière de la survie à tous les âges générant un accroissement important des effectifs des plus âgés.

Le processus de vieillissement affecte l'équilibre des différentes branches de la sécurité sociale. En régime de répartition, le rapport des inactifs âgés aux actifs est un élément important de la charge des retraites. De la même manière, la seule croissance attendue du nombre absolu de personnes âgées (voire très âgées) fait peser une lourde menace sur les dépenses de soins de santé.

La mesure du phénomène requiert tout d'abord une analyse de la situation démographique actuelle et du vieillissement. La section qui suit se présente en trois parties. Les deux premières décrivent la population résidant en Belgique selon le poids et l'évolution des différents groupes d'âge. Nous y présentons trois indicateurs relatifs au mouvement de la population: l'indice synthétique de fécondité, le solde migratoire et l'espérance de vie. Parallèlement, les projections de population partent de ces trois mouvements en s'appuyant sur des jeux d'hypothèses plus ou moins réalistes. Ainsi, la troisième partie de cette section montre les principaux résultats des projections d'évolution de la structure par âge de la population pour des évolutions de la fécondité, de la migration internationale et de la mortalité considérées comme hautement probables. La mesure du vieillissement y est résumée dans le "ratio de dépendance". Nous passons donc en revue les grands indicateurs du vieillissement de population attendu, pour présenter dans la dernière partie certains scénarios alternatifs destinés à mettre en évidence l'impact de la fécondité, de la migration internationale et de la mortalité dans le processus de vieillissement.

La section 3 discute des implications économiques du vieillissement et analyse des ratios de dépendance modifiés. En effet, une étude réaliste des implications économiques demande la prise en compte d'autres éléments que l'âge légal actuel à la retraite, tels que l'âge effectif à la retraite, l'éventualité d'une perte d'autonomie et les conséquences futures de sa prise en charge.

Enfin, la conclusion permet de dégager l'importance relative des différents facteurs et pose certaines questions sur les décisions futures en termes de politiques migratoire, de retraites et de soins de santé.

2. La population résidant en Belgique: données, évolutions récentes et perspectives

2.1. La situation actuelle

La pyramide des âges de 1995 porte l'histoire de ce siècle dans la population résidant en Belgique; elle est présentée en annexe A.1. On lit d'abord l'impact démographique de quelques grands événements: le creux entre 75 et 79 ans correspond à la forte baisse des naissances due à la guerre de 1914-1918 (classe "creuse"); celui entre 50 et 54 ans vient du déficit des naissances durant la seconde guerre; les premières années d'après-guerre comprennent la récupération, nous entrons dans la période du "baby-boom" (classes "gonflées"). Ces enfants ont maintenant entre 30 et 39 ans. L'évolution démographique des dernières décennies se lit également. La fécondité, en net recul depuis 1965, n'assure plus le remplacement des générations depuis le début des années 1970. La survie, en hausse régulière à tous les âges, génère un accroissement important des effectifs des plus âgés. De ce fait, la pyramide se rétrécit à la base et s'élargit au sommet: c'est le signe du vieillissement de la population. Le vieillissement démographique est donc principalement le résultat d'une fécondité trop basse et d'une longévité de plus en plus longue. C'est aussi la conséquence du vieillissement des générations du "baby-boom", générations de l'après-guerre (1950-1965) qui atteindront l'âge de la retraite après 2005-2010.

2.2. Les facteurs explicatifs

L'Institut National de Statistique et le Bureau fédéral du Plan ont réalisé des perspectives démographiques fondées sur les observations au 1^{er} janvier 1995, ayant 2050 comme horizon (Bureau fédéral du Plan et Institut National de Statistique, 1996). Ces perspectives portent sur les trois éléments de l'évolution démographique: les naissances, les migrations internationales et les décès.

Fécondité

Le vingtième siècle est marqué par une baisse générale de la fécondité, uniquement interrompue par le baby-boom. Bien sûr, les changements sociaux et économiques ne sont pas étrangers à ce déclin séculaire: la vie urbaine, un plus grand individualisme, l'évolution du statut et du rôle de la femme, les techniques modernes de contraception... des évolutions qui rendent peu probable une augmentation sensible de la fécondité (Kierman, 1993).

Le nombre moyen d'enfants par femme² a atteint le maximum de 2,71 en 1964. Il a ensuite diminué pour passer au début des années 1970 en dessous du seuil de remplacement des générations qui est de 2,1 enfants par femme³. Aujourd'hui, le nombre moyen est de 1,5 ce qui est largement en dessous du seuil. La faiblesse de cet indicateur est due d'une part à un nombre moyen d'enfants plus faible (effet d'intensité) et d'autre part, au report des naissances à des âges plus élevés de la part des mères (effet de calendrier, mesuré par l'âge moyen à la maternité).

² ou Indice Synthétique de Fécondité (ISF), est le nombre moyen d'enfants qu'une femme mettrait au monde si les taux de fécondité observés par âge au cours de l'année civile considérée demeuraient valables durant toute sa période de fécondité.

³ Etant donné qu'il naît en moyenne 105 garçons pour 100 filles, il faut un peu plus de 2 naissances par femme pour obtenir le même nombre de mères à la génération suivante (en tenant compte de la mortalité).

La persistance des ISF bas depuis le milieu des années 1970 a incité les experts à adopter des hypothèses de fécondité faible. Dans le scénario central, la récupération⁴ n'est que de 75 % (ISF=1,75 en 2050).

Migration internationale

Entre 1984 et 1988, le solde migratoire du Royaume était négligeable. Depuis 1989, il est supérieur à 10.000 entrées nettes, avec un maximum de 25.389 entrées nettes en 1992. L'afflux de personnes de nationalité étrangère enregistré ces dernières années est dû, pour une large part, à l'arrivée de citoyens communautaires (60% des entrées et sorties du territoire en 1998).

Remarquons déjà que, même avec un solde faible, les mouvements migratoires ont un impact direct et indirect sur la structure par âge d'une population et sur son accroissement naturel (Bouvier, Poston and Zhai, 1997). L'immigration est un processus sélectif touchant en majorité des hommes et des femmes jeunes, elle a donc un impact immédiat sur la population en âge de travailler. De plus, la fécondité des femmes immigrées est souvent élevée, ce qui permet indirectement un rajeunissement de la structure par âge de la population d'accueil par une relance de la fécondité.

Toutefois, l'incertitude sur les niveaux futurs de l'immigration comme de l'émigration est importante. Ainsi, les hypothèses sur le volume des migrations internationales retenues pour l'élaboration des perspectives peuvent sembler très arbitraires, au vu de la très grande volatilité des niveaux de migration dans le passé.

Le scénario central du Bureau fédéral du Plan fait l'hypothèse d'un solde migratoire qui diminue entre 1995 et 2050, pour passer de 10.700 à un peu moins de 3.000 entrées nettes. Remarquons que la structure par âge et par sexe des immigrants reste identique à la structure moyenne observée entre 1988 et 1994 dans cette population.

Mortalité et espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne d'une génération si celle-ci connaissait les risques de décès de l'année, par exemple 1998. Il s'agit donc d'un indice du moment, et même si le moment est bien choisi, cet indice résume les comportements de plusieurs générations. Ce n'est que dans une situation strictement stationnaire qu'une mesure transversale correspondrait à une mesure longitudinale. D'une manière générale, on peut dire que cet indicateur reflète plutôt, plus ou moins imparfaitement, les conditions de mortalité de l'année considérée.

En Belgique, l'espérance de vie à la naissance est de 81 ans pour les femmes et de près de 75 ans pour les hommes. A l'heure actuelle, il y a donc encore un écart relativement important entre les espérances de vie des deux sexes (plus de 6 ans), comme le montre le tableau 1. Les décès ont lieu de plus en plus souvent aux âges élevés. Les statistiques démographiques d'Eurostat (1994) indiquent pour 1992 que plus de 81% des décès masculins et presque 90 % des décès féminins ont lieu après 60 ans. Vingt ans auparavant, en 1972, ces chiffres étaient respectivement de 78% et 86% (Institut National de Statistique, 1976). Par ailleurs, plus de 15% des décès masculins et 35% des décès féminins ont lieu à 85 ans ou plus. Cette concentration de l'âge au décès conduit à ce qu'on appelle une "rectangularisation" de la courbe de survie (Lévy, 1998).

⁴ C'est-à-dire qu'une partie des naissances reportées à des âges plus avancés sera récupérée.

Tableau 1: Evolution de l'espérance de vie à la naissance

	Femmes	Hommes	Ecart
1900	46,9	43,6	3,3
1910	52,5	48,9	3,6
1920	55,1	50,6	4,5
1930	59,3	54,5	4,8
1941	61,2	55,5	5,7
1950	68,4	63,2	5,2
1960	72,2	66,3	5,9
1970	73,7	67,3	6,4
1980	76,5	69,6	6,9
1990	79,1	72,4	6,7
1998	81,1	74,6	6,5
2050 (p)	88,1	82,1	6

Source: Institut National de Statistique
(p): projection moyenne

Pour essayer d'appréhender les gains de mortalité que l'on peut encore espérer il faut observer les taux de mortalité pour différents groupes d'âge. Premièrement, le taux de mortalité infantile est en baisse depuis plus de 20 ans, passant de 18‰ en 1970 à 6‰ aujourd'hui. Il est donc à un niveau très bas et ne pourrait plus enregistrer de diminution aussi importante dans le futur, bien qu'il puisse encore rejoindre le niveau de 4‰ observé en Suède en 1998. De plus, étant donné les principales causes de décès aux âges jeunes (accident, suicide), il paraît difficile de prévoir des gains supplémentaires dans ces tranches d'âge (- de 30 ans).

Quel que soit le scénario du Bureau fédéral du Plan, les hypothèses envisagent un allongement de l'espérance de vie. L'écart entre hommes et femmes reste égal à 6 ans pour le scénario central. On peut voir dans le tableau 1 que cet écart, après avoir augmenté de 1900 à 1980, paraît ensuite amorcer une baisse; baisse généralement attendue par divers spécialistes (Voir par exemple Meslé, 1993).

2.3. Le scénario de référence du Bureau fédéral du Plan

Un résumé des hypothèses utilisées pour les perspectives est présenté au tableau 2.

Tableau 2: Résumé des hypothèses

	Hypothèses centrales
Fécondité	1,75 enfants par femme en 2010 1,75 enfants par femme en 2050
Mortalité (Espérance de vie)	Hommes: 82,1 ans en 2050 Femmes: 88,1 ans en 2050
Migrations (Immigration nette)	de 10.000 en 1995 à 3.000 en 2050

Source: Lambrecht (1997).

Selon les prévisions du scénario central, la population résidant en Belgique augmente encore en termes de volume global jusqu'en 2020, puis diminue pour atteindre les 10 millions en 2050. Soit une diminution de 1,3% sur toute la période. Les prévisions n'envisagent pas d'accidents de l'histoire ou d'épidémie, c'est donc avant tout le volume des différents grands groupes d'âges qui retiendra notre attention face à ce scénario d'évolution de la population.

La proportion des jeunes de moins de 20 ans dans la population totale passe de 24 % à 21% au terme de la projection. Cette évolution est le résultat du recul constant de l'effectif des moins de 20 ans (-15% entre 1995 et 2050). La population d'âge actif (20-59 ans) quant à elle

continue à augmenter pendant quelques années. A partir de 2005, les premières générations du baby-boom atteignent l'âge de 60 ans, ce qui signifie des sorties de plus en plus nombreuses; sorties auxquelles viennent s'ajouter des entrées en baisse, conséquence de la baisse de la fécondité et donc du nombre de jeunes. Ainsi, la population d'âge actif diminue de 16 % entre 2005 et 2050. Vu sous un autre angle, les actifs représentent 55% de la population totale en 1995 et 48% en 2050. La population âgée de 60 ans et plus augmente de 47% entre 1995 et 2050, où elle représente plus de 30% de la population totale (contre 21% en 1995). Au vieillissement de la population s'ajoute l'intensité de ce vieillissement: en chiffres absolus, la population des 80 ans et plus passe de 386.258 à 967.097 personnes, soit une augmentation de 150%, conséquence d'un allongement de l'espérance de vie et de l'arrivée dès 2025 des générations nées dans la période 1945-1970.

Pour analyser l'importance relative des différents groupes d'âge, le ratio de dépendance tel que défini dans les projections du Bureau du Plan⁵ est évidemment un indicateur intéressant, bien que très approximatif, de la charge représentée par les catégories inactives de la population. Pour illustrer notre propos sur le vieillissement, nous choisissons d'observer plutôt un ratio de dépendance où la population "inactive" ne comprend que les âgés (60 ans et plus)⁶. Dans le scénario central du Bureau du Plan, on obtient donc un ratio de dépendance de 67 en 2050 – soit 67 âgés (60 ans et plus) pour 100 actifs – contre 39 en 1995. Plus précisément, ce ratio passe de 32 en 1995 à 59 en 2050 pour les hommes; pour les femmes, il augmente de 46 à 75 en 2050.

2.4. Les scénarios alternatifs

Le scénario central que nous venons de détailler est considéré par le Bureau fédéral du Plan comme hautement probable. Toutefois, l'observation des hypothèses alternatives permet d'entrevoir quelle pourrait être la situation si la mesure d'un indicateur variait en dehors du scénario de référence. Dans le même ordre d'idées, nous nous sommes intéressées à certaines hypothèses extrêmes. En d'autres termes, dans quelle mesure une reprise de la fécondité ou un renforcement de l'immigration pourraient-ils freiner le vieillissement? A contrario, quel serait l'impact d'une vision encore plus optimiste des progrès de la longévité?

Fécondité

Seule l'hypothèse forte prévoit une récupération complète telle que la totalité des naissances reportées à des âges plus élevés permettra de retrouver une fécondité finale de 1,85 enfants par femmes; dans le scénario central, la récupération n'est que de 75 % (ISF=1,75 en 2050) et dans le scénario bas, de 50 % (ISF=1,6 en 2050).

La comparaison du scénario central du Bureau du Plan avec un scénario alternatif reprenant les mêmes hypothèses exceptée celle de fécondité permet d'envisager l'impact d'une reprise, même modérée, de la fécondité⁷. Ainsi, toutes autres choses étant égales par ailleurs, un indice synthétique de fécondité de 1,85 (hypothèse forte) au lieu de 1,75 diminue le ratio de dépendance de plus de 2,5 points. Il est de 67 âgés pour 100 actifs en 2050 avec le scénario central et de 64 pour 100 avec le scénario alternatif (contre 39 pour 100 en 1995). En effet, la reprise de la fécondité n'a pas le temps d'influencer le groupe des 60 et + avant le terme de la projection mais permet de limiter la baisse du nombre d'actifs à partir de 2020 (11% au lieu de 15% sur l'ensemble de la projection).

⁵ C'est-à-dire le rapport des catégories considérées comme inactives (les 0-19 ans et les 60 ans et +) à la population d'âge actif, les 20-59 ans.

⁶ Soit un ratio égal au rapport entre la population des 60 ans et plus et la population des 20-59 ans.

⁷ cf. graphique A.2.1 en annexe.

La reprise de la fécondité n'a donc pas ou peu d'impact à court terme: pas d'effet immédiat sur la population d'âge actif (délai nécessaire de 30 ans), faible impact sur la rapide croissance relative de la population âgée dans les décennies à venir. A long terme cependant, une reprise pourrait ralentir le processus de vieillissement.

Migration internationale

Dans le scénario central, on obtient donc un ratio de dépendance de 67 en 2050 contre 39 en 1995.

Si on observe le scénario alternatif basé sur l'hypothèse forte en matière de solde migratoire⁸ (qui ne se différencie donc du scénario de référence que par cette hypothèse), le ratio de dépendance atteint 64 en 2050⁹. Derrière ce résultat global, l'importance accrue du solde migratoire joue de deux manières: une diminution des 20-59 ans de 2% au lieu de 14%, et une hausse de 61% des 60 ans et plus, au lieu de 47%. On imagine l'importance du solde migratoire qu'il faudrait atteindre chaque année pour maintenir le ratio de dépendance à son niveau actuel, à supposer une structure par âge constante.

Plutôt que de tenter de prévoir un niveau futur d'immigration et d'émigration, exercice plutôt périlleux, on peut d'ailleurs poser la question à l'envers et se demander quel serait le niveau de migration internationale nécessaire pour éviter le déclin et le vieillissement de la population (migrations de remplacement). A titre d'illustration, une étude de l'OCDE (1998) présente des projections des rapports de dépendance de la population âgée pour 2010 et 2020 et une évaluation des besoins additionnels en population d'âge actif nécessaires pour maintenir en 2020 le rapport de dépendance de la population âgée à un niveau identique à celui de 2010. Par exemple, pour la Belgique, le nombre additionnel de personnes d'âge actif nécessaire pour que le rapport de dépendance prévisible en 2020¹⁰ reste au même niveau que celui de 2010 (soit 25) doit être 10 fois supérieur au niveau observé entre 1985 et 1995.

Au-delà des volumes nécessaires, d'autres difficultés doivent être prises en compte, dont la mise en place d'une politique d'immigration adéquate. Sans parler de la capacité des structures d'accueil nécessaire à de tels mouvements migratoires.

Mortalité et espérance de vie

Quel que soit le scénario du Bureau du Plan, les hypothèses envisagent un allongement de l'espérance de vie. L'écart entre hommes et femmes reste égal à 6 ans pour les scénarios bas et central, et diminue à 2,7 ans pour le scénario haut (l'espérance de vie augmentant plus rapidement pour les hommes).

La comparaison du scénario central du Bureau du Plan avec un scénario alternatif reprenant les mêmes hypothèses exceptée celle de mortalité permet d'envisager l'impact d'un progrès plus important dans l'espérance de vie (mortalité basse)¹¹. Avec l'hypothèse forte de longévité, c'est-à-dire 87 ans pour les hommes et 89,7 ans pour les femmes, le groupe des 60 ans et + augmente plus vite que dans le scénario central. Ainsi, entre 1995 et 2050, ce groupe

⁸ Soit un solde croissant jusqu'à 23.000 entrées nettes en l'an 2000, pour diminuer ensuite lentement jusqu'à 19.400 entrées en 2050.

⁹ cf. graphique A.2.2 en annexe.

¹⁰ Soit 31 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de 15 à 64 ans.

¹¹ cf. graphique A.2.3 en annexe.

augmenterait de 47% avec le scénario central et de 57% avec le scénario alternatif; le ratio de dépendance est donc supérieur, puisqu'il est respectivement de 67 et 71.

Pour résumer, les ratios de dépendance selon les différentes hypothèses envisagées sont rappelés au tableau 3.

Tableau 3: Les ratios selon les hypothèses envisagées

	Scénario central			Fécondité: hypothèse forte	Migration: hypothèse forte	Mortalité: hypothèse basse
	Hommes	Femmes	Total			
1995	32	46	39	39	39	39
2050	59	75	67	64	64	71

Source: calculs propres.

3. Vieillessement et charge démographique

La question qui se pose aux économistes comme aux décideurs est d'approcher au mieux la réalité économique imposée par l'évolution démographique. Dans cette optique, des indicateurs sont indispensables. Nous avons utilisé jusqu'ici le rapport de dépendance pour lequel la population "inactive" ne comprend que les personnes de 60 ans et plus. Cependant, cet indicateur n'est pas suffisant pour analyser les conséquences économiques du vieillissement. D'une part, lorsqu'on tente d'évaluer le poids des inactifs, il est utile d'affiner le ratio pour tenir compte de la variabilité des âges-pivots utilisés, dans le temps comme dans l'espace. D'autre part, si le processus de vieillissement de la population en termes démographiques est inévitable, il est pourtant moins évident en termes physiologiques. En effet, il faut s'entendre sur le terme de "vieillesse". Il n'y a pas de comparaison possible entre l'état de santé moyen d'une personne de 60 ans à l'heure actuelle et celui d'une personne du même âge il y a 40 ans de cela. Une autre question soulevée par les perspectives est donc celle de l'état de santé de la population âgée, et par conséquent de son autonomie.

3.1. Affinement du ratio de dépendance

Un paramètre-clé pour déterminer la charge effective qui pèse sur la population active (et les pouvoirs publics) est l'âge effectif à la retraite. L'évolution de "l'âge de transition vers l'inactivité" est ainsi présentée au tableau 4, telle qu'estimée par l'OCDE pour la Belgique dans une récente comparaison internationale (Blöndal and Scarpetta, 1998).

Tableau 4: Estimation de l'âge moyen de transition vers l'inactivité parmi les travailleurs âgés

	Age moyen		Ratios de dépendance 60		Ratios corrigés	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1950	64,8	62,9	-	-	-	-
1960	63,3	60,8	-	-	-	-
1970	62,6	59,1	32,3	43,5	24,3	47,1
1980	61,1	57,5	27,7	37,5	25,6	47,4
1990	58,3	54,7	30,8	44,0	36,6	62,2
1995	57,6	54,1	32,5	45,7	37,6	65,9
Baisse 1995-60	-5,6	-6,7				

Source: OCDE ECO/WKP(98)15

En résumé, entre 1950 et 1995, l'âge moyen pour les hommes est passé de 65 ans à 57,6 ans. Pour les femmes, de 63 ans à 54 ans. Nous pouvons recalculer l'évolution passée du ratio de dépendance sur base de ces âges effectifs estimés (ratios corrigés). Les résultats sont

également présentés au tableau 4. Il va de soi que la baisse régulière observée de l'âge de transition donne un ratio de dépendance plus élevé, surtout pour les femmes, ainsi qu'une augmentation bien plus marquée de ce ratio.

Un autre exercice intéressant est celui qui porte sur les projections. Imaginons 3 hypothèses. En premier lieu, la possibilité que les âges effectifs se maintiennent au niveau estimé pour 1995, soit 58 ans pour les hommes et 54 ans pour les femmes (scénario 1). Un deuxième scénario (scénario 2) prolonge la tendance passée (1950-1995) sur les années à venir. Enfin, le scénario 3 maintient constante la durée moyenne de retraite¹² par sexe (soit en 1995, une durée de 17 et 27 ans respectivement pour les hommes et les femmes). Les résultats sont présentés au tableau 5 pour les années 2025 et 2050¹³. Les deux dernières lignes de ce tableau montre les projections "simples", basées sur le scénario central de population et sur les valeurs-pivots de 60 et 65 ans.

Tableau 5: Projections du ratio de dépendance

		Hommes			Femmes		
		1995	2025	2050	1995	2025	2050
Scénario 1	Age effectif	58 ans	58 ans	58 ans	54 ans	54 ans	54 ans
	Ratio	37,6	58,6	67,4	65,9	95,6	108,0
Scénario 2	Age effectif	58 ans	54 ans	51 ans	54 ans	49 ans	45 ans
	Ratio	37,6	78,2	105,8	65,9	130,3	184,5
Scénario 3	Age effectif	58 ans	61 ans	65 ans	54 ans	57 ans	61 ans
	Ratio	37,6	46,1	41,2	65,9	78,6	70,5
60 ans	Ratio	32,5	50,1	58,6	45,7	63,8	75,0
65 ans	Ratio	20,9	32,4	41,2	31,6	43,4	55,3

Source: Calculs propres.

Pour les hommes comme pour les femmes, on voit immédiatement l'importance du scénario retenu. Si l'âge effectif actuel est maintenu, le ratio de dépendance continue bien sûr d'augmenter, particulièrement dans les premières années. Par rapport à ce scénario (scénario 1), l'observation du ratio de dépendance démographique "standard" (soit à 60 ans) montre une évolution similaire, à partir d'un niveau de départ plus faible. Mais l'effet catastrophique d'une continuation de la tendance à la baisse de l'âge effectif est particulièrement évident lorsqu'on utilise le scénario 2. Seul le scénario 3, maintenant constant la durée moyenne de retraite – soit une augmentation de l'âge à la retraite – permet d'espérer qu'une baisse du ratio s'amorce dans la deuxième partie de la période considérée, lorsque l'effet de l'augmentation de l'âge à la retraite ne sera plus compensé par l'arrivée aux âges élevés des baby-boomers (dès 2015).

3.2. Espérance de vie en bonne santé

Il ne suffit pas de savoir que l'espérance de vie augmente, encore faut-il connaître les conditions dans lesquelles nous vivrons ces années supplémentaires. Cette question nous intéresse pour deux raisons. D'une part, l'état de santé influence directement les dépenses de santé, conséquence attendue du vieillissement autant que le sont les dépenses de retraite. D'autre part, la perte d'autonomie qu'entraîne une santé défailante a des conséquences budgétaires supplémentaires, occasionnées par sa prise en charge. Un indicateur souvent utilisé en plus de l'espérance de vie (EV) est celui de l'espérance de vie en bonne santé, ou encore espérance de vie sans incapacité (EVSI). L'idée est de comparer leur évolution respective, afin de déterminer si l'espérance de vie augmente plus vite, aussi vite ou moins vite que l'espérance de vie sans invalidité.

¹² Soit la différence entre l'espérance de vie et l'âge effectif estimé.

¹³ Pour une raison de disponibilité des données.

Pour établir la mesure de l'EVSI, nous avons besoin de deux éléments: des tables de mortalité et une mesure de l'état de "bonne santé". Nous avons obtenu les tables de mortalité pour les femmes en 1995 (Bureau fédéral du Plan et Institut National de Statistique, 1996). C'est pourquoi nous nous limitons au calcul de l'EVSI pour les femmes. De plus, la question de l'incapacité étant généralement traitée pour les 65 ans et plus, nous analysons ce groupe d'âge.

A la suite de Robine *et al.* (1998), on peut distinguer trois grandes dimensions pour définir la santé: une dimension perceptuelle (la bonne santé perçue), une dimension fonctionnelle (activités quotidiennes - mesures d'ADL¹⁴ et IADL), et une dimension portant sur l'adaptation (relation harmonieuse avec son environnement). Nous utilisons les deux premiers concepts, que nous tentons de mesurer sur base des données disponibles grâce à l'Enquête de Santé¹⁵ (1997). Ces deux éléments sont considérés comme de bonnes mesures de la santé de la population. De plus, la plupart des recherches empiriques montrent que les niveaux d'incapacité en termes d'ADL sont le principal déterminant de la demande de soins, qu'il s'agisse de soins à domicile ou de soins en institution (Jacobzone *et al.*, 1998; Cutler and Sheiner, 1998).

Santé subjective

Dans notre échantillon, 897 femmes de 65 ans et plus ont répondu à la question portant sur l'état de santé subjectif, pour laquelle nous avons retenu 2 catégories de réponses: "bon à très bon" ou "très mauvais à moyen". Nous obtenons ainsi 47,5% de "bonne santé"¹⁶. Par ailleurs, nous observons l'augmentation attendue de "mauvais état de santé" en fonction de l'âge (excepté une baisse enregistrée chez les 80-84 ans).

ADL – Incapacité

Les questions posées dans l'enquête au sujet des incapacités des 65+ permettent de déterminer 10 ADL pour lesquelles une incapacité, modérée ou grave, peut se présenter¹⁷. Sur les 892 femmes pour lesquelles nous avons l'information sur chacune des ADL, 46,4% ne présentent aucune incapacité, 29,8% ont une incapacité modérée (au moins une fonction est exercée avec difficulté) et 23,8% une incapacité grave (au moins une fonction requiert de l'aide)¹⁸. Dans l'ensemble, il y a une baisse avec l'âge du pourcentage de personnes sans incapacité, et surtout une augmentation de la part des individus présentant au moins une incapacité grave¹⁹. Evidemment, seul un prolongement de cette enquête pourra permettre d'observer l'évolution de l'état de santé au travers de ce critère. Nous avons décidé d'utiliser pour notre mesure la proportion de personnes ne présentant aucune incapacité grave.

¹⁴ A.D.L.: Activities of Daily Living - I.A.D.L.: Instrumental Activities of Daily Living. Fonctions utilisées pour mesurer les capacités (incapacités).

¹⁵ Enquête par interview réalisée par l'Institut Scientifique de la Santé Publique - Louis Pasteur (I.S.P.), qui nous permet d'étudier un échantillon de 1.753 individus de 65 ans et plus, dont 999 femmes.

¹⁶ Au total, pour les deux sexes, la proportion d'état de bonne santé est de 51,3%.

¹⁷ Soit 10 incapacités potentielles (modérées ou graves) dans les ADL suivantes: pouvoir se lever et coucher sans aide, pouvoir s'asseoir, se lever d'un fauteuil sans aide, pouvoir s'habiller et déshabiller sans aide, pouvoir se laver les mains et le visage sans aide, pouvoir manger et couper la nourriture sans aide, pouvoir aller aux toilettes sans aide, problèmes d'incontinence, mobilité (distance parcourue), audition (volume du programme télévisé), vision (distance à laquelle on reconnaît un ami).

¹⁸ Les résultats par groupe d'âge sont détaillés au tableau A.3.1, en annexe.

¹⁹ De plus, le pourcentage de femmes sans incapacité est pour chaque classe d'âge inférieur à celui des hommes, et l'écart se creuse avec l'âge.

Résultats

Le tableau 6 présente les résultats concernant l'EVSI mesurée à partir de ces deux indicateurs de bonne santé et des tables de mortalité et donne une idée de la durée de vie en incapacité que peuvent connaître les individus âgés.

Tableau 6: Espérance de vie (EV) et espérance de vie en bonne santé (EVSI)

1995	EV	EVSI	
		mesure: ADL	mesure: santé subjective
à 60 ans	23,70	18,69	11,90
à 65 ans	19,46	14,79	9,17
à 70 ans	15,46	11,34	7,14
à 75 ans	11,81	8,34	5,36
à 80 ans	8,61	5,88	3,96
à 85 ans	5,99	3,95	2,72

Source: Bureau fédéral du Plan et Institut National de Statistique (1996); calculs propres.

Diverses études belges et internationales (Voir Jacobzone *et al.*, 1998; Jacobzone, 1999; Lesthaeghe *et al.*, 1998) ont tenté d'analyser l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé (ou encore, espérance de santé); elles montrent une (légère) tendance à la baisse des taux de dépendance, ou encore une diminution du nombre d'années avec incapacité (surtout pour les hommes). Cependant, si cette compression probable de la morbidité peut tempérer notre pessimisme, elle n'est pas un fait assuré en partie à cause du manque de données et d'informations nécessaires à une meilleure estimation. Le problème reste la nécessité d'enquêtes de santé (longitudinales), ainsi que l'harmonisation de ces mesures, et des questions posées²⁰.

3.3. La perte d'autonomie et la prise en charge des plus âgés

L'existence d'une incapacité à accomplir un acte de la vie quotidienne signifie pour l'individu une perte d'autonomie, état que l'on qualifie généralement de "dépendance"²¹. En se basant sur l'évaluation des incapacités (ADL), on peut définir un seuil de dépendance. Si on considère qu'une personne âgée est dépendante à partir de 3 incapacités graves (Cutler and Sheiner, 1998) c'est-à-dire la nécessité d'une aide pour accomplir trois activités au moins de la vie quotidienne, la même base I.S.P. nous donne un taux de 4,3% de dépendants chez les femmes de 65 ans et plus; taux qui augmente évidemment avec l'âge²².

Tableau 7: Pourcentage de dépendants par classe d'âge

Classe d'âge	65-69	70-74	75-79	80-84	85 et +	Total 65 et +
Femmes	0,7%	2,8%	4,5%	9,8%	11,0%	4,3%
Total	0,6%	2,9%	4,2%	6,9%	10,7%	3,6%

Source: I.S.P.; calculs propres.

²⁰ Pour un aperçu des mesures possibles de «l'espérance de santé», ainsi que des études réalisées en Belgique jusqu'en 1995, voir Roelands *et al.* (1995). Depuis, mise sur pied de l'Enquête de Santé de l'Institut Louis Pasteur, qui en est à sa première vague.

²¹ Concept à ne pas confondre avec le "ratio de dépendance" utilisé ci-dessus.

²² Certaines études, telle celle de Jacobzone (1999), placent le seuil de dépendance à 1 seule incapacité grave. Nous obtenons alors un taux global de 20,4%, et de 23,8% pour les femmes, comme nous l'avons montré précédemment.

La dépendance des personnes âgées entraîne des dépenses supplémentaires en soins de santé et en aide quotidienne, voire la nécessité d'un placement en institution. C'est un phénomène qui peut avoir un impact plus ou moins important sur les finances publiques, même si toutes les dépenses occasionnées ne sont pas prises en charge uniquement par l'Etat.

Ce problème de la dépendance, couplé à l'évolution attendue du type de ménages (plus d'isolés, de familles monoparentales, moins d'enfants) pose donc une autre question: celle de la prise en charge formelle des personnes âgées dépendantes²³.

Lorsque la dépendance est forte et que l'aide informelle est insuffisante, une forme fréquente de prise en charge est l'institutionnalisation. L'analyse de Boulanger *et al.* (1997) d'après le recensement de 1991 montre une proportion de 11,3% des femmes de 65 ans et + en ménages collectifs²⁴, soit dans ces classes d'âge essentiellement des personnes en maison de retraite ou institution hospitalière. Comme le montre le tableau 8, ces proportions augmentent avec l'âge, en commençant à 4,6% chez les 65-69 ans, pour atteindre 31,9% chez les 85 ans et plus.

Tableau 8: Pourcentage de personnes en ménage collectif par classe d'âge

	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Total 65+
Hommes	2,69	3,38	5,01	8,77	17,34	4,9
Femmes	4,59	6,29	10,16	17,18	31,89	11,3
Total	3,73	5,06	8,2	14,47	28,12	8,7

Source: Boulanger *et al.*; calculs propres.

C'est sur ces chiffres que se basent les projections de Lipszyc et Pestieau (1999) concernant la demande future d'hébergement des 65 ans et plus en Belgique. Trois types de projections sont envisagés. Nous en retiendrons deux. La première, purement mécanique, applique les taux actuels d'institutionnalisation aux projections de population de l'INS, en fonction de chaque groupe d'âge. La deuxième utilise la tendance récente observée en Belgique (1981-1991) quant à l'évolution du taux d'hébergement, soit une baisse du taux d'institutionnalisation, et couple cette tendance aux mêmes projections. La projection mécanique donne un doublement de la population féminine institutionnalisée entre 1991 et 2051, tandis que la projection la plus optimiste basée sur la tendance récente observée montre quand même une augmentation de 30%. Par ailleurs, l'analyse détaillée met en évidence l'impact de l'augmentation des très âgés (85 et +) sur cette évolution. Bien sûr, l'idéal serait de disposer de données suffisantes concernant les facteurs déterminant cette demande, tels que la dépendance, les coûts moyens, le type de famille, afin d'introduire dans nos estimations des projections raisonnables de ces facteurs. Mais ce petit exercice permet d'avoir une idée de l'importance potentielle de ce type de besoins.

²³ Ainsi, une étude canadienne (Martel, 1998) montre qu'en 1995, une femme sur dix intègre la vieillesse (65 ans) sans conjoint et avec une descendance réduite; par ailleurs, cette proportion devrait croître à partir de 2011, avec l'arrivée aux âges élevés des baby-boomers, qui auront eu moins d'enfants et connu plus fréquemment le divorce. Ainsi, une étude canadienne (Martel, 1998) montre qu'en 1995, une femme sur dix intègre la vieillesse (65 ans) sans conjoint et avec une descendance réduite; par ailleurs, cette proportion devrait croître à partir de 2011, avec l'arrivée aux âges élevés des baby-boomers, qui auront eu moins d'enfants et connu plus fréquemment le divorce.

²⁴ Les chiffres par type de ménage et par sexe sont détaillés en annexe A.4.

4. Conclusion

L'ampleur du vieillissement dépend évidemment des trois facteurs influençant les mouvements de population – mortalité, natalité, migration. On peut également envisager la question selon deux dimensions particulièrement pertinentes pour la Belgique. La première est un changement de fond. Depuis trois décennies, la fécondité est à un niveau tellement bas que la part de la population jeune dans la population totale se réduit de plus en plus. A cette faible fécondité vient s'ajouter une longévité en progrès continu, donnant au groupe des plus âgés un poids croissant. La seconde dimension est structurelle. Dès 2005-2010, les effets du baby-boom des années 1945-1965 seront perceptibles: la charge du vieillissement y atteindra un point culminant et le renouvellement de la population active sera menacé.

Mais on peut se demander quelle a été, et quelle sera, l'importance relative de ces facteurs dans l'évolution. Plus particulièrement, le poids relatif de l'allongement de l'espérance de vie d'une part et des variations de la fécondité d'autre part. Si l'on suit le raisonnement de Tapinos (1996), le facteur essentiel du vieillissement passé, c'est la baisse de la fécondité. En effet, il paraît évident qu'un indice de fécondité maintenu au-dessus du niveau de remplacement aurait évité l'effet de vieillissement "par le bas" observé dans la pyramide des âges. D'autre part, l'effet de la mortalité devient important dès lors que l'on se trouve dans une période où l'espérance de vie est déjà élevée. Dans cette situation en effet, les quotients de mortalité aux âges adultes sont très faibles, et les progrès d'espérance de vie correspondent à une augmentation de la longévité, soit un vieillissement "par le haut". C'est bien le cas des pays européens dans les dernières décennies. Caselli and Vallin (1990) ont calculé pour la France l'effet respectif de ces deux facteurs sur le vieillissement de la population entre 1952 et 1986. Les résultats montrent que pour l'essentiel, l'augmentation de la part des 60 ans et plus est due à l'allongement de l'espérance de vie aux âges élevés, et que cet effet s'est accru au cours du temps. Par ailleurs, les progrès dus à une baisse de mortalité à plus de 75 ans représenteraient à eux seuls près de 45 % de la variation totale de l'espérance de vie entre 1982 et 1992.

L'allongement attendu de l'espérance de vie aura évidemment des effets différents sur la population et sur les finances publiques selon l'évolution des taux d'activité, mais aussi selon les choix qui seront faits en matière de politique d'emploi et de système de retraites (âge à la retraite, niveau des prestations). Les effets dépendent également de l'évolution de la santé des âgés. Mais même si l'on adopte l'hypothèse d'une compression de la morbidité, l'augmentation en chiffres absolus de la population des âgés, et en particulier des très âgés, suffit à elle seule à faire de l'autonomie et de la prise en charge une question incontournable... et urgente.

Bibliographie

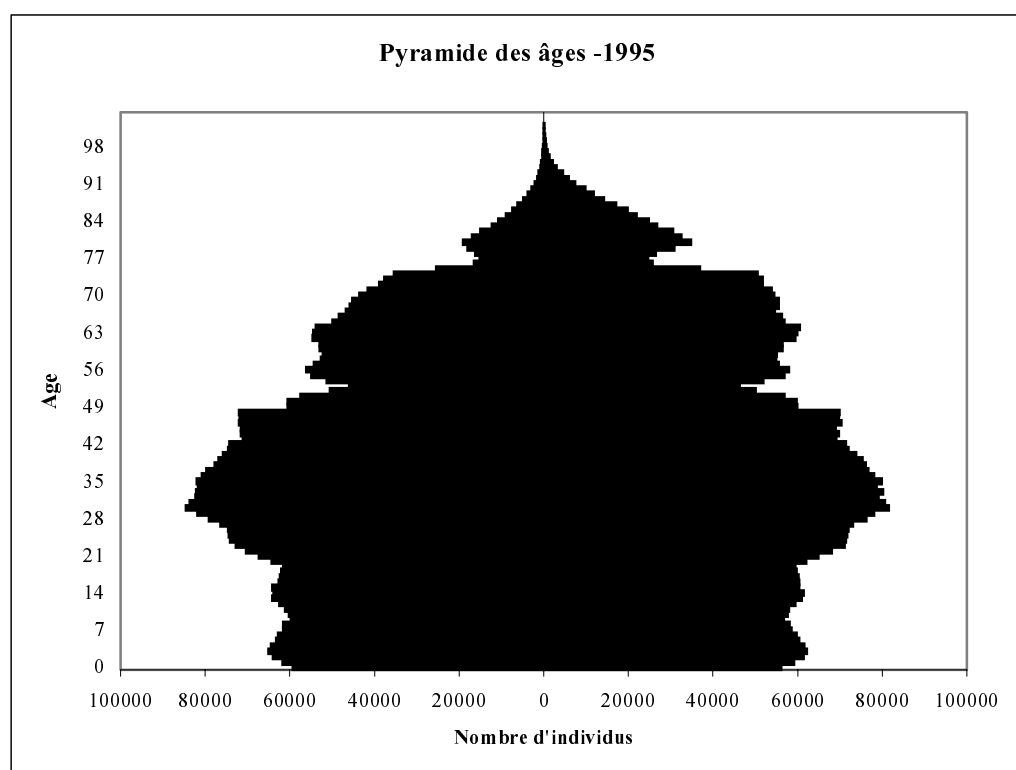
- Blöndal, S. and S. Scarpetta (1998), "The retirement decision in OECD countries", *Economics Department Working Papers* n° 202, OECD.
- Boulanger, P.-M., A. Lambert et P. Deboosere, R. Lesthaeghe et J. Surkyn (1997), "Ménages et Familles", *Recensement général de la population et des logements au 1^{er} mars 1991*, n°4, Bruxelles: Institut National de Statistique (INS) et Services Fédéraux des Affaires Scientifiques, Techniques et Culturelles (SSTC).
- Bouvier, L.F., D.L. Poston and N.B. Zhai (1997), "Population growth impacts of zero net international migration", *International Migration Review* 31(2), 294-311.
- Bureau Fédéral du Plan et Institut National de Statistique (1996), *Perspectives de population 1995-2050*, Bruxelles: Institut National de Statistique.
- Caselli, G. and J. Vallin (1990), "Mortality and population ageing", *European Journal of Population* 6, 1-25.
- Cutler, D.M. and L. Sheiner (1998), "Demographics and medical care spending: standard and non-standard effects", *NBER Working papers*, 6866.
- Eurostat (1994), *Statistiques démographiques*, 133-144, Luxembourg: Eurostat.
- Institut National de Statistique (1970, 1976, 1981, 1990), *Statistiques démographiques* n°1, Bruxelles: Institut National de Statistique.
- Institut National de Statistique (1994), *Statistiques démographiques et tables de mortalité*, Bruxelles: Institut National de Statistique.
- Jacobzone, S., E. Cambois, E. Chaplain and J.M. Robine (1998), "The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?", *Labour Market and Social Policy Occasional Papers* n°37, OECD.
- Jacobzone, S. (1999), "Ageing and care for frail elderly person: an overview of international perspectives", *Labour Market and Social Policy Occasional Papers* n°38, OECD.
- Lesthaeghe, R., W. Meeusen en K. Vandewalle (1998), "Vergrijzing, ontgroening, gezinsverdunding en zorgbehoefte", in *Eerst optellen, dan delen*, Leuven: Garant.
- Kierman, K. (1993), "L'avenir des couples et de la fécondité", in *L'avenir des populations en Europe*, R. Cliquet, Strasbourg: Editions du Conseil de l'Europe.
- Lambrecht, M. (1997), "Le vieillissement démographique", *Planning Paper* 81, Bureau fédéral du Plan.

- Lévy, M.L. (1998), "Raisonnement sur le vieillissement", *Population et Sociétés* n°341, INED.
- Lipszyc, B. et P. Pestieau (1999), "Evolution démographique en Région Wallonne et besoins en hébergement des personnes âgées", mimeo, CREPP, Université de Liège.
- Martel, L. (1998), "Quel isolement durant la vieillesse pour les femmes à l'origine du baby-boom?", in *Morbidité, mortalité: problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective*, AIDELF, Paris: PUF.
- Meslé, F. (1993), "Analyse comparée des projections nationales en Europe", in *L'avenir de l'espérance de vie*, J. Vallin, Paris: PUF.
- OCDE (1998), *Tendances des Migrations Internationales. Rapport Annuel*, SOPEMI, Paris: OCDE.
- Robine, J.-M., P. Mormiche et C. Sermet (1998), "Comment mesurer les conséquences de l'augmentation des durées de vie sur l'état de santé des populations?", in *Morbidité, mortalité: problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective*, AIDELF, Paris: PUF.
- Roelands, M., H. Van Oyen, G. De Backer, R. Lagasse et A. Stroobant (1995), *L'espérance de vie sans invalidité des personnes âgées: une méthode de planning et de prise de décision dans le secteur des soins de santé*, Bruxelles: Services Fédéraux des Affaires Scientifiques, Techniques et Culturelles.
- Tapinos, G. (1996), *La démographie*, Paris: de Fallois, Collection Livre de Poche.
- United Nations (2000), "Replacement migration: is it a solution to declining and ageing populations?", Population Division, ESA/P/WP.160, March.

Annexes

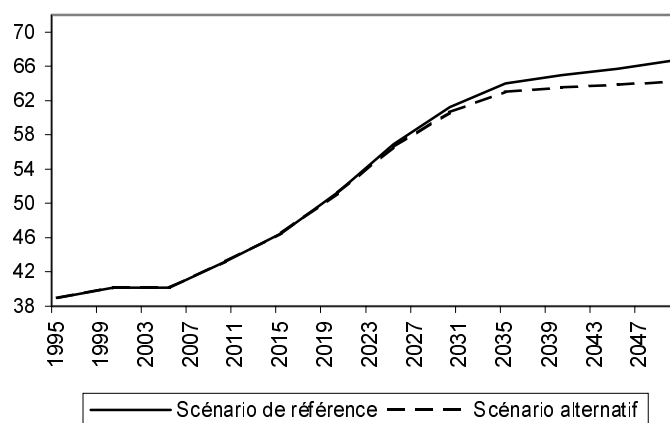
Annexe A.1. Pyramide des âges

Les hommes sont représentés à gauche de la pyramide, les femmes à droite.

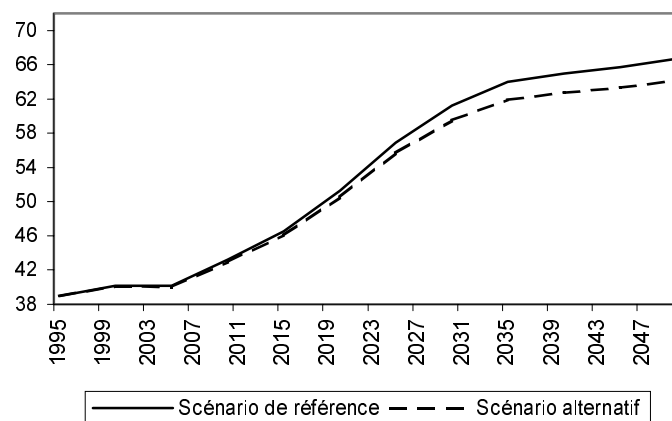


Annexe A.2.

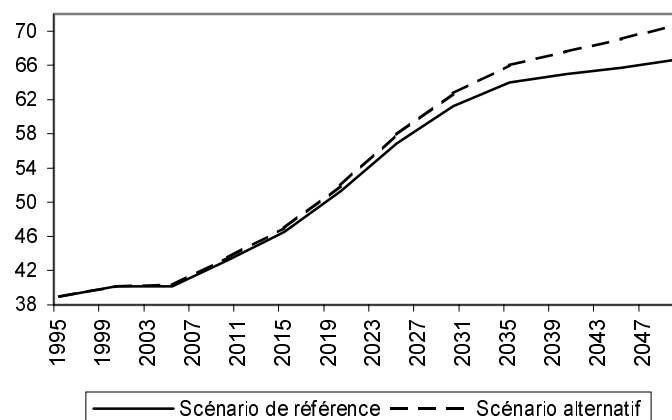
Graphique A.2.1: Evolution du ratio de dépendance (60)
Scénario de référence / Scénario alternatif (fécondité)



Graphique A.2.2: Evolution du ratio de dépendance (60)
Scénario de référence / Scénario alternatif (migration)



Graphique A.2.3: Evolution du ratio de dépendance (60)
Scénario de référence / Scénario alternatif (mortalité)



Annexe A.3. Espérance de vie en bonne santé

Méthodologie

A partir d'une table de mortalité du moment, l'espérance de vie (EV) se calcule en rapportant le cumul des années vécues à partir d'un âge x aux survivants à cet âge. Donc, l'espérance de

vie à la naissance vaut $EV_0 = \frac{\sum L_x}{l_0}$

Pour obtenir l'espérance de vie sans invalidité à l'âge x , à partir de l'espérance de vie totale, on soustrait les années vécues dans différentes situations retenues comme "incapacité".

Donc, l'espérance de vie sans incapacité à la naissance vaut $EVSI_0 = \frac{\sum L_x \cdot P_x(SI)}{l_0}$

avec $P_x(SI)$, la proportion à l'âge x de personnes sans incapacité.

Les données utilisées sont les tables de mortalité publiées par l'Institut National de Statistique et l'Enquête I.S.P.

ADL - Incapacité

Tableau A.3.1.: ADL – résultats par classe d'âge (en %)

Femmes/pourcentages	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 et +	Total 65+
Aucune incapacité	71,2	62	53,0	40,7	28,6	16	46,4
au moins une modérée	18,4	22,1	26,5	33,6	42	40	29,8
au moins une grave	10,4	15,9	20,5	25,8	29,5	44	23,8
Total	100	100	100	100	100	100	100

Source: Base I.S.P. et calculs propres.

Annexe A.4. Personnes en ménage collectif

Tableau A.4.1.: Répartition des 65+ en Belgique, 1991

	Hommes	Femmes	Total
Ménages collectifs	4,9 %	11,3 %	8,7 %
Isolés	17,9 %	40,4 %	31,5 %
Autres types de ménages privés*	77,2 %	48,3 %	59,7 %
Total	100 %	100 %	100 %

Source: Boulanger *et al.* (1997); calculs propres.

* Par "autres types de ménages privés", on entend toute forme de ménage privé composé de 2 personnes au moins, quelle que soit la relation existant entre elles (un couple seul ou avec enfant(s), une famille monoparentale,...)